



Polo Scolastico Cattolico Salesiano delle Figlie di Maria Ausiliatrice
Istituto "Maria Ausiliatrice" e "Santo Spirito"
LIVORNO

MODULO DI RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DELLA DIDATTICA A DISTANZA
PER ALUNNI IN REGIME DI QUARANTENA

Il sottoscritto COGNOME _____ NOME _____
CF _____ residente in _____ (_____)
Via _____ Tel _____
Cell _____ e-mail _____
in qualità di _____

DEL MINORE

COGNOME _____ NOME _____
Classe/plesso _____ Data di Nascita _____
Recapito telefonico _____

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

che il proprio figlio sarà sottoposto al regime di quarantena dal _____ al _____ in quanto

contatto stretto di caso positivo al COVID-19 positivo al COVID-19

CHIEDE

l'attivazione della Didattica a Distanza per il suddetto periodo.

In fede

(Firma del dichiarante)

Data
